UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

No 127

Année 1975

N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplome d'état)

par

Sylvia LOCQ nee EBNER

née le 13 septembre 1950 à PARIS XV

"LES RECIDIVES DU KERATO-ACANTHOME"

Président de Thèse: Monsieur le Professeur DEGOS

UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

Année 1975 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplome d'état)

par

Sylvia LOCQ née EBNER

née le 13 septembre 1950 à PARIS XV

"LES RECIDIVES DU KERATO-ACANTHOME"

Président de Thèse: Monsieur le Professeur DEGOS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

Président : Monsieur le Professeur BEAUMONT

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

Doyen : Monsieur le Professeur RAPIN

Asseurs : Monsieur le Professeur DUVAL

Monsieur le Professeur Agrégé PORTOS

PROFESSEURS TITULAIRES et à TITRE PERSONNEL

Anatomie-pathologique	Pr.GOUYGOU
Biochimie	Pr.GONNARD
	Pr.ROSA
Cardiologie	Pr.HATT
Chirurgie générale	Pr.GERMAIN
Chirurgie orthopédique et traumatologique	Pr.DEBEYRE
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	Pr.GALEY
Dermatologie-Vénérologie	Pr.TOURAINE
Médecine interne et Hématologie	Pr.DREYFUS
Médecine interne	Pr.BEAUMONT
Médecine interne	Pr.HAZARD

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548106_0040

Biochimie	Pr.Ag.BOIGNE
Biophysique	Pr.Ag.GALLE
	Pr.Ag.HERSZBERG
	Pr.Ag.MORETTI
Cardiologie	Pr.Ag.ACAR
Chirurgie générale	Pr.Ag.JULIEN
	Pr.Ag.LATASTE
	Pr.Ag.MEILLIERE
Chirugie orthopédique et	Pr.Ag.BOMBART
traumatologique	Pr.Ag.GOUTALLIER
Chirurgie plastique	Pr.Ag.GRELLET
	Pr.Ag.BARUCH
Chirurgie thoracique et	Pr.Ag.CACHERA
vasculaire	
Gynécologie-obstétrique	Pr.Ag.GAUTREY
Hématologie biologique	Pr.Ag.SULTAN
Hépato-gastro-entérologie	Pr.Ag.BERTHELOT
	Pr.Ag.FOUET
	Pr.Ag.LE PARCO
	Pr.Ag.LE QUINTREC
	Pr.Ag.CATTAN
Histologie	Pr.Ag.POIRIER
Maladies infectieuses	Pr.Ag.LAFAIX
Médecine interne	Pr.Ag.CACHIN
	Pr.Ag.PORTOS
	Pr.Ag.JACOTOT
Médecine interne et	Pr.Ag.PERLEMUTER
endocrinologie	

Néphrologie	Pr.LAGRUE
Neurologie	Pr.BARBIZET
Neuro-chirurgie	Pr.CARON
Physiologie	Pr.LAURENT
Pneumologie	Pr.CHRETIEN
Radiologie thérapeutique	Pr.PIERQUIN
Réanimation médicale	Pr.RAPIN
Rhumatologie	Pr.VILLAUMEY
Urologie	Pr.AUVERT
Neurologie	Pr.GAUTIER
Cardiologie	Pr.VERNANT

PROFESSEUR SANS CHAIRE et PROFESSEURS ASSOCIES

Bactériologie-Virologie	Pr.DUVAL
Hépato-gastro-entérologie	Pr.BADER
Histologie	Pr.CHEVREAU
Pédiatrie	Pr.LEPERCQ
Psychiatrie	Pr.BOURGUIGNON
Radiologie diagnostic	Pr.FERRANE

MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Anatomie	Pr.Ag.KENESI
Anatomie-pathologique	Pr.Ag.PINAUDEAU
Anesthésiologie	Pr.Ag.HUGUENARD

Médecine interne et Hématologie	Pr.Ag.ROCHANT
Néphrologie	Pr.Ag.WEIL
Neurologie	Pr.Ag.DEGOS
Neuro-chirurgie	Pr.Ag.HURTH
Neuro-radiologie	Pr.Ag.DEBRUN
Ophtalmologie	Pr.Ag.COSCAS
Parasitologie	Pr.Ag.HOUIN
Pédiatrie	Pr.Ag.BARBET
Pharmacologie	Pr.Ag.TILLEMENT
Physiologie	Pr.Ag.SEROUSSI
Radiologie diagnostic	Pr.Ag.VALETTE
Radiologie thérapeutique	Pr.Ag.BAILLET
Réanimation médicale	Pr.Ag.LE GALL

DELEGUES DANS LES FONCTIONS DE M.C.A.

MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	Pr.Ag.BLOCH
Hépato-gastro-entérologie	Pr.Ag.DHUMEAUX

à la mémoire de mon père

à ma mère

que ceci soit pour elle un modeste témoignage

de ma reconnaissance et de mon affection

à mon mari

toute ma tendresse

à ma famille

à mes amis

à notre maître,

le Professeur R.DEGOS

Professeur de Clinique

des maladies cutanées et syphilitiques

Médecin de l'Hopital Saint-Louis

en témoignage de notre respect et de notre reconnaissance pour l'enseignement reçu dans son service.

à Monsieur le Professeur agrégé J.CIVATTE ,

Médecin des Hopitaux de Paris,

qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse.Avec nos remerciements
pour ses précieux conseils.

Décrit pour la première fois en I930 par A.Dupont sous le nom de "Kyste sébacé atypique ", le kérato-acanthome a été étudié ensuite par Mac Cormac et Scarff en I936 qui l'ont baptisé " molluscum sebaceum ". Le terme de " kérato-acanthome " a été adopté en I950 par Rook Whimster sous l'impulsion de Freudenthal.

Le kérato-acanthome est une tumeur bénigne qui évolue spontanément vers la guérison.

Cependant, le plus souvent on est amené à le traiter _ car il est inesthétique et le traitement est réclamé par le malade

_ car connaissant sa grande ressemblance avec l'épithélioma spino cellulaire, on préfère en pratiquer l'exérèse et l'étude histologique complète.

Il peut survenir une ou plusieurs fois chez le même patient.C'est à ces récidives que nous nous sommes interessé.

Pour plusieurs auteurs, cette

tumeur semblait récidiver plus facilement lorsqu'elle avait été traité précocément, c'est à dire pendant la phase de maturation.

Le but de ce travail était de vérifier cette impression clinique.

A l'occasion de cette étude, nous avons repris parmi les malades suivis à la Clinique Dermatologique de l'Hopital Saint-Louis dans le Service du Professeur DEGOS, 96 cas dont nous rapportons les observations dans les tableaux suivants.

Nous avons pu constater que nos conclusions différaient peu des données recueillies dans la littérature.

os n°	Année	Age	Sexe	Durée d'évolution avant le traitemrnt.	Localisation	Histo	Particularité	Traitement	Evolution
I	I958	52	M				sur lupus	curetage	
2	I958	82	F		angle ext. de l'oeil			curetage + EC	
3	I958	67	F		angle G. du nez			exérèse	cicatrice=0
4	I958	72	M		ap. zygomatique	+		exérèse	
5	I958	59	F	5 sem.	lèvre sup.	+	Société	abrasion	Récidive I2j,apr
6	I958	45	M	2 mois	nez			EC	
7	I958	8I	F		nez	+			cicatrice=0
8	I958	57	M	I mois	lèvre inf.	+			cicatrice=0
9	I959	65	F		aile G. du nez			curetage + EC	cicartice=0
0	I959	75	F	3 sem.	lèvre sup.	+		curetage + EC	cicatrice=0
I	I959	70	F	6 sem.	aile du nez			abrasé	
2	I959	78	M	I mois	joue			non traité	
3	I960	45	M	2 mois	pli naso génien				
4	I960	80	F		versant du nez			EC	cicatrice=0
5	I960	7I	M	3 mois	lèvre sup.	+		exérèse	
6	I96I	87	M	2 mois	nez		+ cornes cut.	curetage + EC	

I96I	5I	F		tragus			exérèse	supp.sur cicatric
I96I		F	6 sem.	joue Dt.	+		exérèse	cicatrice=0
I96I	73	F	6 sem.	joue G.	+		exérèse	
I962	39	M	I mois	joue G.			non traité	cicatrice en creu
I962	36	M	I mois	lèvre sup.	+		exérèse	cicatrice minime
I962	50	M	I mois	nez	+		exérèse	cicatrice légère
I962	48	M	I mois	nez	+	I° récidive	non traité	disparition en I5
I962	3I	M	4 mois	tempe Dte.	+	2° récidive	non traité	disparition en 6 m
I962	50	M		max. inf. G.			non traité	disparition en 2 m
I962	78	M	4 mois	joue G.			EC	
I963	74	M	2 mois ½	joue G.	+			
I963	83	M	4 sem.	sillon naso génien	+		exérèse	
I963	7I	F	3 mois	paupière inf.		papillome ant.	exérèse + EC	
I963	6I	M	I mois	dos de la main	+			
I963	79	M	I0 jours	lèvre sup.		I° récidive	non traité	cicatrice=0 (2 m.)
I963	69	F	3 mois	front	+		exérèse + EC	
I964	43	M	2 mois	joue G.			exérèse + EC	cicatrice légère

34	I964	69	M	3 mois	lèvre sup.	+		exérèse + EC	
35	I964	58	F	I mois	versant du nez			EC	
36	I965	66	M	5 sem.	joue			non traité	cicatrice minime
37	I965	85	M	2 mois ½	lèvre			EC	
38	I966	64	F	I an	paupière Dte.	+	baso Ian avt	exérèse	cicatrice=0
39	I966	35	M	2 mois	base index G.	+			
40	I966	35	M	2 mois ½	rebord narine Dte.	+	Société	non traité	cicatrice ++
4I	I967	7I	M	2 mois	aile du nez	I°+,2°-	spino	curiethérapie	cicatrice souple
42	I967	62	M	6 sem.	lèvre sup.			neige carb.	
43	I967	65	F	I an	dos de la main	main:+			
				6 mois	lobule de l'oreille	oreil:Sp 2°ma.:Sp	spino		
44	I967	52	M	I mois	lèvre sup.	±		exérèse+sut.	
45	I968		M	I mois	aile du nez	+		exérèse	
46	I968	63	F	I5 jours	front	+		exérèse	petite cicatrice
47	I968	54	F		joue Dte.	+		exérèse	
48	I969		F	20 jours	nez			exérèse + EC	
49	I969	82	M		oreille G.	+		exérèse	cicatrice=0
50	I969	48	M	2 mois	tempe			non traité	

51	I969	48	M	I an	paupière	+		exérèse	
52	I969	67	F	I mois	joue Dte.	+		exérèse	
53	I970	76	F	3 mois	poignet	+			
54	I970	69	F	2 mois	région achilléenne			exérèse	cicatrice=0
55	I970	66	F	I mois	rétro auriculaire			exérèse	cicatrice=0
56	I970	53	M	3 sem.				non traité	disparition en
57	I970	74	M	3 mois	avant-bras	+		exérèse	décédé
58	I970	46	F	2 mois	menton	+		non traité	
59	I97I	7I	M	I mois	avant-bras	+		exérèse	cicatrice=0
60	I97I	40	F	I mois	nez	+		exérèse	
6I	I97I	65	M	2 mois ½	sous narinaire			radiothérapie	disparition en
62	I97I	4I	M	2 mois ½	narine Dte.			radiothérapie	disparition en
63	I97I	68	M	2 mois	préauriculaire		spino	chirurgie	
64	I97I	45	F	3 mois	paupière inf. Dte.			radiothérapie	
65	I972	77	F	6 sem.	sillon naso génien			non traité	cicatrice=0
66	I972	5I	M		dos de la main	+		exérèse	
67	I972	43	F	3 sem.	lèvre sup.	+		exérèse	petite cicatrice

68	I972	42	M	I mois	joue G.	+		exérèse	
69	I972	66	M	4 sem.	nez			exérèse	cicatrice=0
70	I972	8I	F	I mois	joue	+			
7I	I972	80	M	3 mois	aile du nez		cratère infec.	curetage	cicatrice=0
72	I972		M	I mois	sous oculaire			non traité	cicatrice légère
73	I972	54	M	4 mois	hélix G.	±		non traité	disparition en I
74	I972	68	M		aile du nez		Société	non traité	
75	I973	7I	M	8 mois	aile du nez	+		non traité	disparition en 5
76	I973	67	F	6 sem.	pommette Dte.			exérèse	
77	I973		M	I mois	aile du nez	+		exérèse	cicatrice légère
78	I973	69	F	I mois	aile du nez	+		exérèse	cicatrice=0
79	I973	67	M	I an	main Dte.	+		exérèse	cicatrice légère
80	I973	52	F	I mois	sillon naso génien	+		exérèse	
8I	I973	56	F	4 mois	tempe	+		exérèse	
82	I973	54	M	2 mois	lèvre sup;				
83	I974	62	M		pavillon oreille		I° récidive	non traité	
84	I974	56	M	5 mois	joue	+		exérèse	petite cicatrice

85	I974	56	M	I5 jours	commissure labiale	+		exérèse	
86	I974	55	M	4 sem.	cou	+		exérèse	
87	I974	54	M	2 mois	joue G.	+	I° récidive	exérèse	
88	I974	86	M	3 ans?	joue G.	+	+ verrues	exérèse large	cicatrice cinq
89	I974	74	F	I mois	nez			[illegible]	cicatrice [illegible]
90	I974	80	F	2 mois	joue Dte.	+		exérèse	cicatrice [illegible]
9I	I974	62	M	3 mois	aile du nez	+		exérèse	
92	I975	62	M	1 mois	rétro auriculaire	+		exérèse	
93	I975	58	F	3 sem.	max.inf. G.			exérèse	
94	I975	77	F	I mois	lèvre sup. Dte			radiothérapie	dis[illegible]
95	I975	77	M	3 mois	tempe G.	+		exérèse	

AGE

C'est une affection relativement fréquente qui atteint dans 80% des cas des malades de plus de cinquante ans.

Au delà de cinquante ans,il ne semble pas exister d'âge préférentiel ni de différence d'âge entre les deux sexes.

Quelques cas de jeunes malades ont cependant été publiés:

- Lapiere : I6mois
- Sydney Thomson : 22 mois
-Carteaud ,Poiares Baptista : 4 ans
- Torchi : IO ans
-Ruppert : I2 ans

SEXE

Le kérato-acanthome semble toucher un peu plus les hommes que les femmes: 60% contre 40% dans nos observations.

LOCALISATION

Le plus souvent unique, le kérato-acanthome siège dans la majorité des cas sur le visage (95,8%).

Dans notre série, nous avons observé:

nez	25%
joue	I6,7%
lèvres	I3,5%
oreille	7,3%
oeil	5,2%
sillon nasogénien	5,2%
main	4,2%
tempe	5,2%
maxillaire inférieur	3,1%
avant-bras	3,I%
front	2,I%
cou	I,4%
région achilléenne	I,4%

On constate qu'il siège pratiquement toujours sur les régions cutanées

découvertes.Mais on a pu en décrire sur des régions couvertes et même sur des muqueuses (lèvre, gland, conjonctive, anus).

Au niveau des lèvres, c'est la lèvre supérieure qui est la plus souvent atteinte.Le kérato-acanthome débute en général sur la partie cutanée de la lèvre pour atteindre secondairement la muqueuse, différent en cela de l'épithélioma spino cellulaire qui débute le plus souvent sur la partie muqueuse.

ETIOLOGIE

Elle reste encore mystérieuse. Certains, ont invoqué un phénomène actinique. D'autres, l'environnement et notamment le rôle du goudron et du brai.

Dans sa thèse, faite à Lille, en région minière, Piette relève 7,6% de kérato-acanthomes chez des malades ayant travaillé ou travaillant dans le brai.

Par ailleurs, Ghadially a produit expérimentalement des kérato-acanthomes sur la peau de plusieurs espèces animales en appliquant des agents carcinogènes (benzantrène).

Certains, comme Koziorowska et Drux Gaypietro et coll. sont partisans d'une étiologie virale. Ils ont pu inoculer et reproduire la lésion dans la membrane chorio-allantoïdienne de l'embryon de poulet.

D'autres, encore ont invoqué un traumatisme, une dermatose préexistante.

ETUDE CLINIQUE

C'est maintenant une entité nosologique bien connue, caractéristique par son évolution relativement rapide vers la guérison spontanée.

Au stade primaire, c'est une élevure hémisphérique de la couleur de la peau normale, de consistance ferme, grossissant rapidement, présentant parfois une ombilication centrale.

Le stade de maturation est atteint en trois ou quatre semaines. C'est à ce stade que le malade est vu le plus souvent.

Il présente un nodule de la taille d'un pois à celle d'une noix qui peut être un peu étranglé à sa base.

L'épiderme qui le recouvre est tendu; sa couleur varie du blanc jaunâtre au rouge violacé.

Le centre de la tumeur est occupé par un cratère rempli d'une masse kératosique.

Sous la masse cornée, le fond est

sec,non ulcéré.

La tumeur est ferme, indolore, mobile sur les plans profonds.

Elle ne s'accompagne pas d'adénopathies.

Cette phase persiste pendant deux à trois semaines puis c'est:

le stade d'involution : le bord s'aplatit en même temps que le centre kératosique s'élargit et tend à s'exfolier.

Le stade de cicatisation se poursuit entre la sixième et la douzième semaine.La lésion laisse place à une cicatrice atrophique et déprimée à bords souvent irréguliers.

ETUDE HISTOLOGIQUE

L'histologie est caractéristique lorsqu'on examine la totalité de la lésion et si la coupe passe par le centre de la tumeur.

Les biopsies partielles et notamment les biopsies " en tranche de melon " peuvent être d'interprétation difficile.

On observe:

- une prolifération épidermique vers la surface et vers la profondeur.
- un cratère central largement ouvert et rempli de kératine orthokératosique qui déborde vers l'extérieur. Ce cratère est bordé de chaque coté par un éperon formé par la réunion de l'épiderme normal et de l'épiderme hyperplasié.
- une limite lésionnelle inférieure ayant une disposition arciforme.
- des cellules malpighiennes proliférantes qui présentent parfois quelques atypies

- l'existence dans le derme sous jacent d'un infiltrat inflammatoire.

- des follicules pilosébacés adjacents qui peuvent être hyperplasiés.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

On se doit avant tout d'éliminer un épithélioma spino cellulaire tant sur le plan clinique qu'histologique.

Schématiquement:

- l'épithélioma spino cellulaire survient sur une peau involutive avec des kératoses séniles.
- son développement est plus lent.
- sa surface est plus irrégulière, plus dure, ses bords sont plus variables.
- il existe une infiltration profonde dépassant les limites du nodule.
- la lésion saigne facilement quand on tente d'arracher la masse cornée.

Mais il existe de nombreuses formes intermédiaires: un kérato-acanthome peut être associé à des kératoses, avoir un développement plus lent, ou même saigner au grattage. De même, un spino peut évoluer rapidement ou n'avoir qu'une base peu ou pas infiltrée.

De toute façon, l'absence d'évolution régressive après plusieurs semaines doit faire revoir un diagnostic de kératoacanthome préalablement porté et redouter un spino.

Histologiquement, le kératoacanthome se différencie du spino par:

- une hyperacanthose qui conserve son caractère régulier.
- la présence d'un éperon.
- une basale qui ne présente pas de véritable rupture.
- une kératinisation qui semble se développer normalement; les pseudo globes cornés kératosiques apparaissent comme des sections de colonne de kératine allant des bourgeons au cratère.

Mais le diagnostc est difficile car il existe des images faisant redouter un processus malin.Ainsi, la prolifération peut parfois dissocier le muscle strié si celui ci est très superficiel (paupière, lèvre) sans qu'il faille la considerer comme une image de mauvais pronostic.

La thermographie n'est pas très utile au diagnostic car si le baso est une lésion froide, spino et kérato-acanthome sont des lésions chaudes.

Aussi un premier diagnostic de kérato-acanthome nécessite-t-il une surveillance à distance du malade.

Un doute doit faire reprendre l'étude histologique des coupes,voire refaire de nouvelles biopsies.

Dans notre série, trois lésions primitivement considérées comme des kérato-acanthomes se sont révélées être des spino ce qui représente un peu plus de 3% d'erreur.
En 1971 PESZINSKI en donne 6,2%,
en 1972 VAN DEN BUSSCHE, MERESSE et LAGACHE ont relevé sur 25 kérato-acanthomes diagnostiqués cliniquement:

- quatre spino
- un papillome en voie de transformation maligne,

en 1973 IVERSON en donne 2,8%.

Dans certains cas, même l'histologie ne permet pas de trancher; il faut alors se fier à la clinique et notamment à l'évolution

Ainsi, Monsieur H. Robert, 7I ans consulte dans le service en juin I967 pour une lésion de l'aile gauche du nez évoluant depuis deux mois.

Le diagnostic de kérato-acanthome est porté.On pratique une exérèse suivi d' une électrocoagulation.L'histologie confirme le diagnostic.

En juillet I97I, on constate sur la zone cicatricielle un petit nodule qu'on ne traite pas.

En aout, le processus se poursuit et s'accompagne de douleur.Il n'y a pas de ganglions.On hospitalise le malade en chirurgie mais on temporise,étant donné le mauvais état cardio-pulmonaire qu'il présente.

En septembre, une nouvelle biopsie est pratiquée.Elle ne montre pas d'anomalies cytologiques évoquant un processus malin.

En octobre, la lésion ne se modifie plus, mais la cicatrisation de la dernière biopsie ne peut être obtenue.On tente alors une épreuve par la Transcycline qui est positive.Malgré l'histologie, la tumeur est considérée comme un spino.

Le malade est alors adressé à Villejuif où il subit une curiethérapie.

Un an plus tard, la cicatrice est souple bien qu'on la trouve légèrement rétractile; il n'y a pas de gêne fonctionnelle.

Inversement,clinique et histologie peuvent donner une fausse impression de malignité.

Ainsi, Rook, dans "Médicina Cutanéa" de I967 rapporte une observation d'un malade de 50 ans présentant un kérato-acnathome typique du dos du doigt évoluant depuis sept semaines.

Il subit alors un curetage et une électrocoagulation.

Trois semaines plus tard, un petit nodule apparait sur le bord de la cicatrice, bientot suivi par un deuxième.

On fait une exérèse des nodules à la curette.L'histologie des nodules complètement extirpés est typique d'un kérato-acanthome.

Un mois plus tard, sur un nouveau nodule, on fait 4250 rads en huit jours.

La régression est si lente,qu'on pratique une nouvelle biopsie.L'histologie montre alors une grande activité épidermique.

Le doute en faveur d'un spino devient si important que l'amputation est décidée.

L'examen histologique de la pièce opératoire infirme la malignité: il s'agissait d'une nouvelle récidive du kérato-acanthome.

Ces deux exemples montrent bien que parfois le diagnostic différentiel entre kérato-acanthome et spino est bien difficile.

D'autres lésions peuvent également poser quelques problèmes; ce sont des lésions dont les limites nosologiques ne sont pas nettes, telles:

- l'épithélioma spino cellulaire spontanément curable,
- les cancers du goudron
- l'épithélioma de Fergusson-Smith
- le verrucome de Gougerot
- la kératose pseudo tumorale de Poth.

Par contre, si la clinique d'un certain nombre de lésions peut se rapprocher de celle du kérato-acanthome, leur histologie en est bien différente.

Ce sont par exemple:

- les kystes épidermiques et sébacés superficiels,
- l'épithélioma baso cellulaire,
- les épithéliomas des annexes,
- le tricho-épithéliome ,
- les naevi tardifs,
- le molluscum contagiosum
- les kératomes,
- le nodule douloureux de l'oreille kératosique.

TRAITEMENT

Différentes méthodes ont été proposées.

Le plus souvent, on choisit la chirurgie qui permet de pratiquer un examen histologique de la tumeur.

Dans ce cas on peut faire:

-soit un curetage plus une electro-coagulation

-soit une exérèse suivie selon les cas de suture ou de greffe.

Quand on écarte la chirurgie,on peut avoir recours:

-soit à la radiothérapie.Elle est à déconseiller selon Lapiere car il considère que les doses nécessaires sont trop importantes pour une lésion bénigne.

-soit à une chimiothérapie locale du type: + acide trichloracétique

+ podophyllin

+ solution de colchicine

+ 5 Fu

Diverses autres méthodes ont été proposées:

- cytostatiques per os
  (methotrexate 20 mg pendant 3 jours)
- bismuth
- Arsenic
- Antibiotiques
- Infiltrations de corticoïdes.

RECIDIVES

La majorité des auteurs pensent que les récidives in situ sont plus fréquentes si la lésion a été extirpée pendant la phase initiale de prolifération (Poiares Baptista, 1964).

Le but de ce travail était d'essayer de vérifier cette hypothèse, tant sur les cas du service que dans la littérature.

Sur 96 dossiers étudiés, nous avons relevé 7 récidives survenues chez 6 malades dont nous rapportons les observations.

On peut remarquer que 4 malades sur 6 n'ont consulté dans le service qu'à l'occasion de leur première ou même de leur deuxième récidive.

Un des patients avait présenté une lésion identique dix ans auparavant. Il n'y avait pas eu de confirmation histologique, mais étant donné l'évolution spontanément régressive, il nous a semblé possible d'accepter à postériori le diagnostic de kératoacanthome.

Nous l'avons donc inclu dans notre série et nous étudierons successivement les différentes caractéristiques des récidives.

Cas n°I

Madame L. 59 ans consulte le 25 Novembre I957 pour une lésion située sur le versant cutané de la lèvre supérieure évoluant depuis trois semaines.

Le premier examen fait à la quatrième semaine, montre une petite tumeur hémisphérique de 3mm de diamètre, rouge dont le sommet parait lisse et kératosique ne débordant pas la surface de la lésion.

A la cinquième semaine, la tumeur a augmenté de volume: elle mesure 7mm de diamètre. Le cone central est devenu saillant.

Le diagnostic de kérato-acanthome est porté cliniquement.
On pratique alors une abrasion au bistouri simple. L'histologie confirme le diagnostic.

Le 7 Décembre , soit I2 jours après l'ablation de la tumeur, on constate

une récidive. C'est une lésion typique.

Le I2 Décembre le cone corné s'est exfolié et est remplacé par une cavité cratériforme à surface kératosique et irrégulière. La tumeur reste globuleuse et saillante.

Le 20 Décembre, il persiste autour de la cavité kératosique un bourrelet érythemateux parcouru de télangiectasies;

Le 4 Janvier, soit au bout de deux mois d'évolution, la lésion est applatie, réduite à un bourrelet périphérique très mince

Le 25 Janvier, la lésion est entièrement épidermisée formant une cicatrice de 6mm de diamètre bordée par un petit mur de 0,5mm d'épaisseur pouvant faire discuter un épithélioma baso cellulaire.

Le I2 Décembre I958, la cicatrice est invisible.

Cas n°2

Monsieur M. 58 ans consulte à la fin du mois de Mars 1962 pour une petite tumeur à centre kératosique située sur le nez.

Le diagnostic clinique est en faveur d'un kérato-acanthome.

Une première biopsie est pratiquée le jour même. Elle est superficielle et, semble-t-il prélevée sur la bordure. L'impression est plutot celle d'un kérato-acanthome, mais il persiste une réserve pour un épithélioma spino cellulaire.

Une deuxième biopsie est pratiquée six jours plus tard; elle affirme le diagnostic de kérato-acanthome sans réserve.

Quinze semaines plus tard, il ne persiste plus qu'une légère cicatrice.

Antécédents:

Lésion identique deux mois plus tôt coagulée en ville, au bout d'un mois d'évolution.

Cas n°3

Monsieur B. Georges 3I ans consulte en Mars I962 pour un kérato-acanthome pré-temporal droit évoluant depuis queques jours.

C'est la deuxième récidive d'une lésion dont le début remonte à Décembre I960. Le malade avait alors été traité par une électrocoagulation en ville, au bout d'un mois d'évolution.

Première récidive: un an plus tard en Décembre I96I. Une biopsie partielle confirme alors le diagnostic. La lésion est de nouveau électrocoagulée au bout de trois à quatre semaines d'évolution.

Une deuxième récidive motive la consultation dans le service. La lésion est survenue quatre mois après l'involution de la première récidive.

Une biopsie confirme le diagnostic de kérato-acanthome.

On ne propose pas de traitement. La lésion disparait spontanément en six mois.

Cas n°4

Monsieur B. Louis 79 ans consulte dans le service le I8 Aout I963 pour une tumeur de la lèvre supérieure évoluant depuis dix jours.

A l'examen, sur la partie moyenne de la lèvre supérieure, on constate une petite tumeur de I5mm de diamètre, faisant une saillie de 4mm, uniquement sur la zone cutanée. Elle est de couleur rouge violacée et est surmontée d'une croute conique très adhérente. Elle est d'une dureté ligneuse et douloureuse à la pression.

Il n'y a pas de glanglion. L'infiltration reste limitée à la base.

Laspect de kérato-acanthome est typique si bien que l'on ne pratique pas d'histologie.

On laissa la lésion évoluer spontanément. La guérison est complète le 25 Octobre.

Antécédents:

Lésion identique située au même endroit, ayant débuté à la mi-juillet.

Cette lésion avait été coagulée rapidement en ville et avait récidivé le IO Aout.

Cas n°5

Monsieur R. Lucien 54 ans consulte le 10 Juin 1974 pour une lésion de la joue gauche évoluant depuis deux mois et ayant beaucoup grossi.

Le diagnostic clinique envisagé est celui de kérato-acanthome; celui-ci est confirmé par l'étude histologique d'une biopsie partielle.

On propose comme traitement, uniquement un antiseptique et on surveillera régulièrement le malade.

Le 17 Juin il n'y a pas de changement.

Le 8 Juillet le malade revient et réclame une solution radicale. On pratique donc une exérèse plus L.L.L.

Le 9 Septembre, la cicatrisation est bonne mais il existe une récidive sur une boucle de L.L.L.

La lésion est alors largement extirpée. L'histologie de la pièce opératoire

confirme qu'il s'agit bien d'un kérato-acanthome.

Le I3 Octobre il persiste un petit bourrelet pour lequel on conseille quelques infiltrations de corticoïdes.

Cas n°6

Monsieur L. Jean 62 ans consulte dans le service en Mars 1974 pour une petite tumeur de couleur violacée au niveau du pavillon de l'oreille.

Le centre est recouvert d'une croute. Cet aspect est évocateur d'un kérato-acanthome ce qui est confirmé par l'histologie.

Antécédents:

Lésion identique 10 ans auparavant ayant spontanément régréssé.

Il n'y avait pas eu de biopsie pratiqué à cette époque pour confirmer le diagnostic, mais étant donné son évolution vers la guérison spontanée, on peut l'admettre à posteriori.

Année	Age	Sexe	Durée d'évolution avant le traitement.	Localisation	Traitement	Date d'apparition de la récidive.	Evolution
I958	59	F	5 sem.	versant cutané lèvre sup.	abrasion	I2 jours	non traité cicatrice=0
I962	58	M	3 sem.	nez	EC	I mois	non traité disparition en I5s.
I962	3I	M	Ier K.A.: I mois 2ème K.A.: I mois 3ème K.A.: 4 mois	tempe	EC EC	I an 4 mois	non traité disparition en 6m.
I963	79	M	I5 jours	versant cutané lèvre sup.	EC	I0 jours	non traité
I974	54	M	3 mois	joue	exérèse+L.L.L	2 mois	exérèse large
I974	62	M		pavillon de l'oreille.	non traité	I0 ans	non traité

Tableau des récidives

FREQUENCE DES RECIDIVES

Les pourcentages sont variables selon les séries, mais compris entre I,5 et 7%.

Ainsi:

- Beare (I955) sur I22 cas: 4%.
- Linell et Manson (I957) sur I27 cas: I,5%.
- Lapiere (I960) sur 97 cas: 4%.
- Furtado (I962) sur 79 cas: 4%.
- Poiares Baptista (I964) sur I64 cas: 4%.
- Rook (I967) sur 404 cas: 5%.
- Stevanovic (I969): 6%.
- Dans notre série, sur 96 cas: 7%.

DELAIS D'APPARITION DE LA RECIDIVE

Les 3/4 des récidives in situ apparaissent relativement tôt après l'involution de la tumeur initiale.

Dans notre série les délais sont de IO jours pour la récidive la plus précoce et de IO ans pour la plus tardive.

Ces données correspondent à celles que l'on retrouve dans la littérature.

Ainsi:

Shirren 8 jours

Lapiere I4 à 2I jours

Church I8 jours

Simpson, Le Coulant I5 jours

Cramer 4 semaines

Beare I à 3 mois

Van Den Meiren 3 semaines à 2 mois

Dabska 3 à 6 semaines

Silberberg 2 mois

Poiares Baptista I semaine à I an

de Glazunov 7 mois

4 à 30 ans

En fait pour Rook, 80% des lésions ont récidivé dans les trois premiers mois qui ont suivi l'involution de la tumeur initiale. Au bout de 6 mois, 98% des récidives sont apparues.

ASPECTS CLINIQUES DE LA RECIDIVE

Les caractères cliniques ne se distinguent en rien de ceux de la tumeur primaire.

Le nouveau kérato-acanthome se développe sur la cicatrice initiale.

Stevanovic (1960), Rook (1967), précisent que la lésion récurrente croit à partir du bord de la cicatrice.

Dans certains cas, la deuxième tumeur est plus grande, voire géante (Lapiere, Cramer, Gross), prenant un aspect congestif, exubérant ;la surface est irrégulière et vérruqueuse avec un cratère central mais irrégulier et d'aspect ulcéreux. Il peut même exister une douleur à la pression et un érythème diffus à la périphérie.

La récidive présente les mêmes caractères histologiques que la lésion primitive.

Elle évolue également vers la régression spontanée dans des délais

identiques.

Van Den Meiren 3 semaines

Dabska 8 semaines

Simpson, Lapiere 2 mois

Braueur I2 semaines

Linell et Manson 8mois

Lapiere 6 mois

Dans notre série 6 semaines à 6 mois

Nous avons pu constater qu'une seule de nos récidives a été traitée par une exérèse large, 4 autres ont disparu spontanément dans les délais que nous venons de donner.

SIEGES DES RECIDIVES

Existe-t-il une localisation préférentielle pour les récidives?

Nous avons comparé, dans le tableau ci-dessous, pour chaque localisation, le pourcentage des lésions récurrentes à celui de l'ensemble des lésions.

SIEGE	% du total	% des récidives
TEMPE	5,2	28,6
LEVRE	I3,5	28,6
OREILLE	7,3	I4,3
JOUE	I6,7	I4,3
NEZ	25,0	I4,3

On remarque que proportionnellement les lésions de la tempe et des lèvres récidivent plus facilement que celles du nez.

Rook, quant à lui note une fréquence relativement importante des lésions des lèvres , des mains, des doigts.

Ainsi:

SIEGE	% du total	% des récidives
LEVRE	5,5	28,6
MAIN	8,5	I4,3
DOIGT	0,5	9,5
PAUPIERE	7,0	9,5
OREILLE	9,0	9,5

Les lésions des lèvres semblent récidiver plus facilement dans les deux séries.

Rook tenta d'expliquer la fréquence des récidives au niveau des lèvres par analogie avec la fréquence des épithéliomas spino cellulaires. On sait en effet que les lèvres sont un des sièges préférentiels du

spino. En supposant que cette région possède une structure dermo épidermique favorisant le développement cellulaire, il explique ainsi la fréquence des lésions récurrentes. Mais cette hypothèse ne peut pas s'appliquer aux autres régions.

INFLUENCE DU PREMIER TRAITEMENT

Au moins autant que la date à laquelle il a été pratiqué, le type même du traitement semble intervenir.

Dans notre série, quatre kérato-acanthomes avaient été électrocoagulés, un avait été abrasé.

Un traitement superficiel favorise l'apparition des récidives.

Les trois kérato-acanthomes récidivés de Lapiere (1960) avaient subi

- l'un, un curetage simple
- l'autre un curetage suivi d'une électro-coagulation très superficielle
- chez le troisième enfin on avait arraché la masse cornée centrale.

Les récidives sont apparues dix à quinze jours plus tard.

De même, pour Poiares Baptista, sur 7 récidives 4 avaient été électrocoagulées, 2 avaient subi un curetage suivi d'une électro-coagulation. Encore faut-il tenir compte du fait que nous avons trois malades communs.

Les récurrences semblent plus fréquentes après curetage et diathermo-coagulation qu'après radiothérapie.

Sur les I27 lésions que Linell et Masson ont traitées par cette méthode, il n'y a eu que I,5% de récidives.

Même un traitement important: excision suivie de greffe, n'a pas évité l'apparition de lésions récurrentes (Gross I96I, Duperrat I965).

L'abstention thérapeutique, enfin, ne met pas non plus le malade à l'abri des récidives. Dans notre série une récidive IO ans après; ce qui représente 4,5% des lésions non traitées. Une récidive un mois après l'involution spontanée du kérato-acanthome est notée par Beare.

INFLUENCE DE LA PERIODE DU PREMIER TRAITEMENT

Nous avons donc essayé d'établir une corrélation entre la date du premier traitement et la fréquence des récidives observées in situ.

Dans notre série, ont récidivé:

- I6% des malades traités au cours du premier mois
- 8% des malades traités au cours du deuxième mois
- 7% des malades traités au cours du troisième mois.

Après trois mois d'évolution nous n'avons plus de récidive.

Si nous considérons la période de maturation comme correspondant aux deux premiers mois, I3,5% des lésions traitées pendant cette période, ont récidivé. Par contre, si l'on attend le début du stade d'involution, la fréquence des récidives tombe à 4,3% .

Il semble donc bien que le kérato-

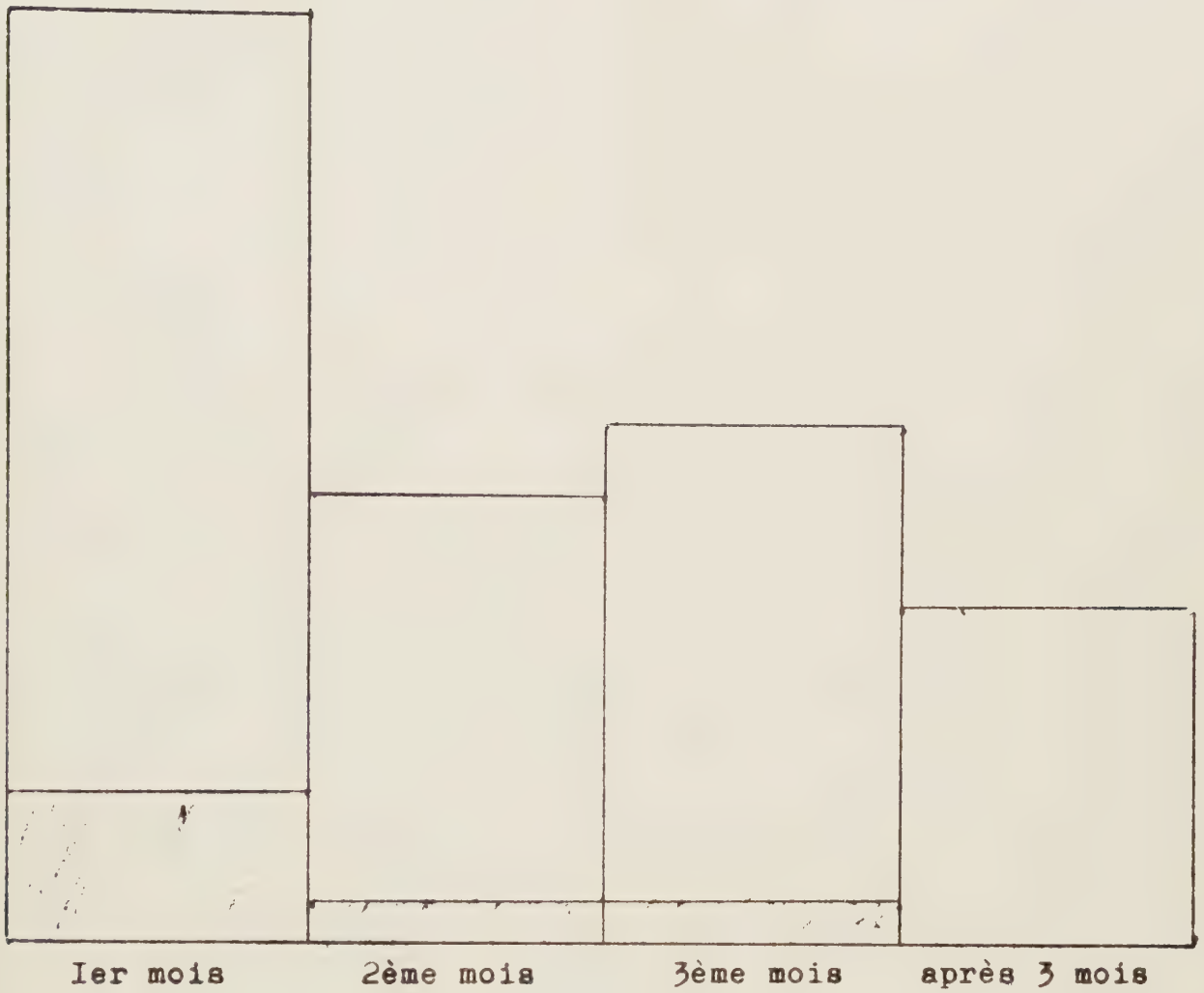
acanthome récidive plus facilement si le traitement a été précoce.

Dans la littérature les avis diffèrent.

Poiares Baptista, en I964 a étudié I62 cas de kérato-acanthome sur des malades suivis à la Clinique Dermatologique de l'Hopital Saint-Louis dans le Service du Professeur DEGOS et à la Clinique Dermatologique de l'Hopital de Coimbra. Il a retenu sept récidives chez 6 patients. Tous avaient été traités au bout de trois ou quatre semaines d'évolution. Il faut cependant noter que les malades n°I.2.3 nous sont communs.

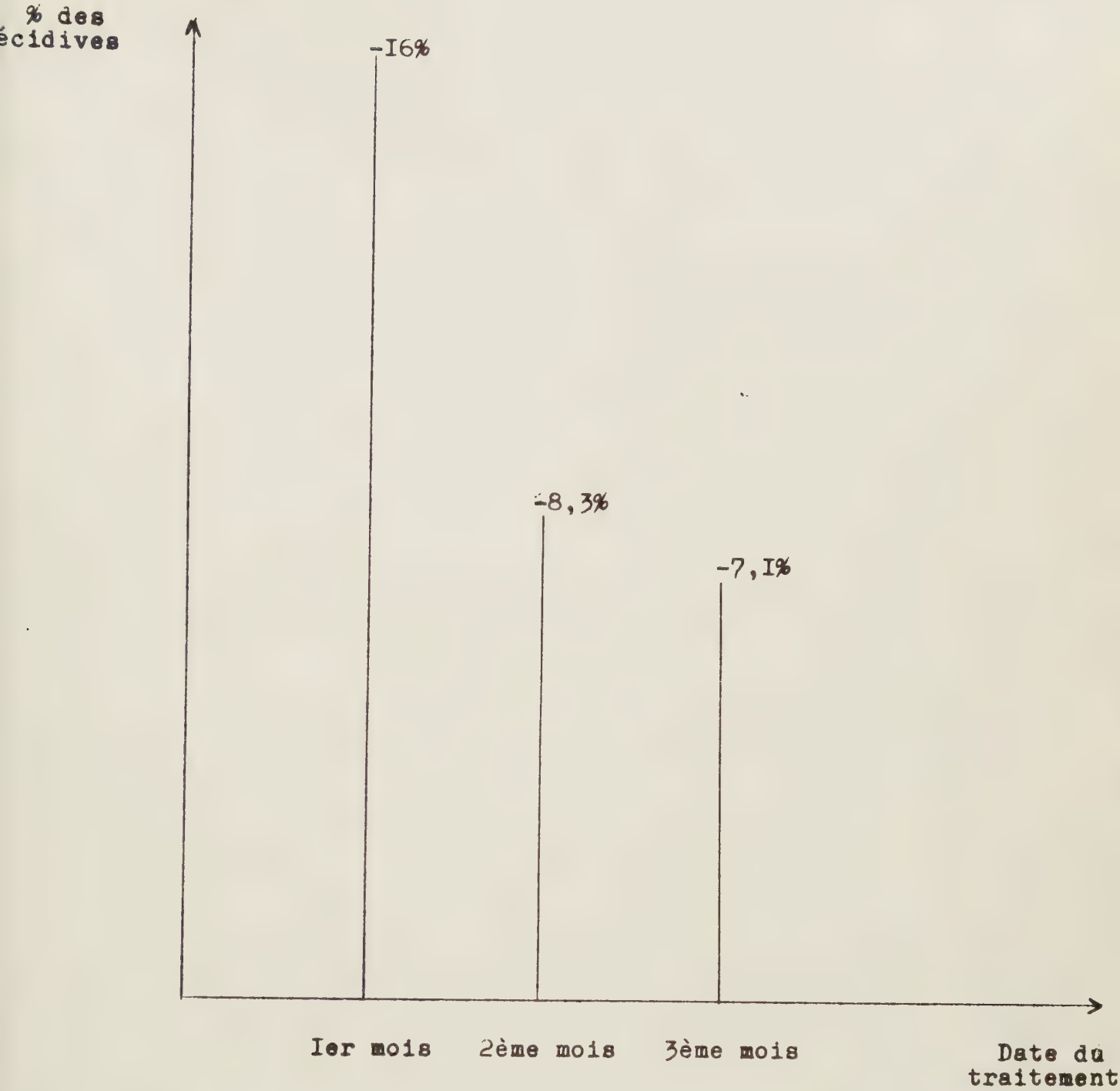
En I967, Rook à l'Hopital Addenbrooke de Cambridge a étudié 404 cas dont 2I récidives. Il n'a pu vérifier cette impression clinique. En effet, il ne semblait pas exister de différence significative dans les dates du traitement des lésions apparemment guéries et des lésions récurrentes.

Il a pourtant tenté de donner une

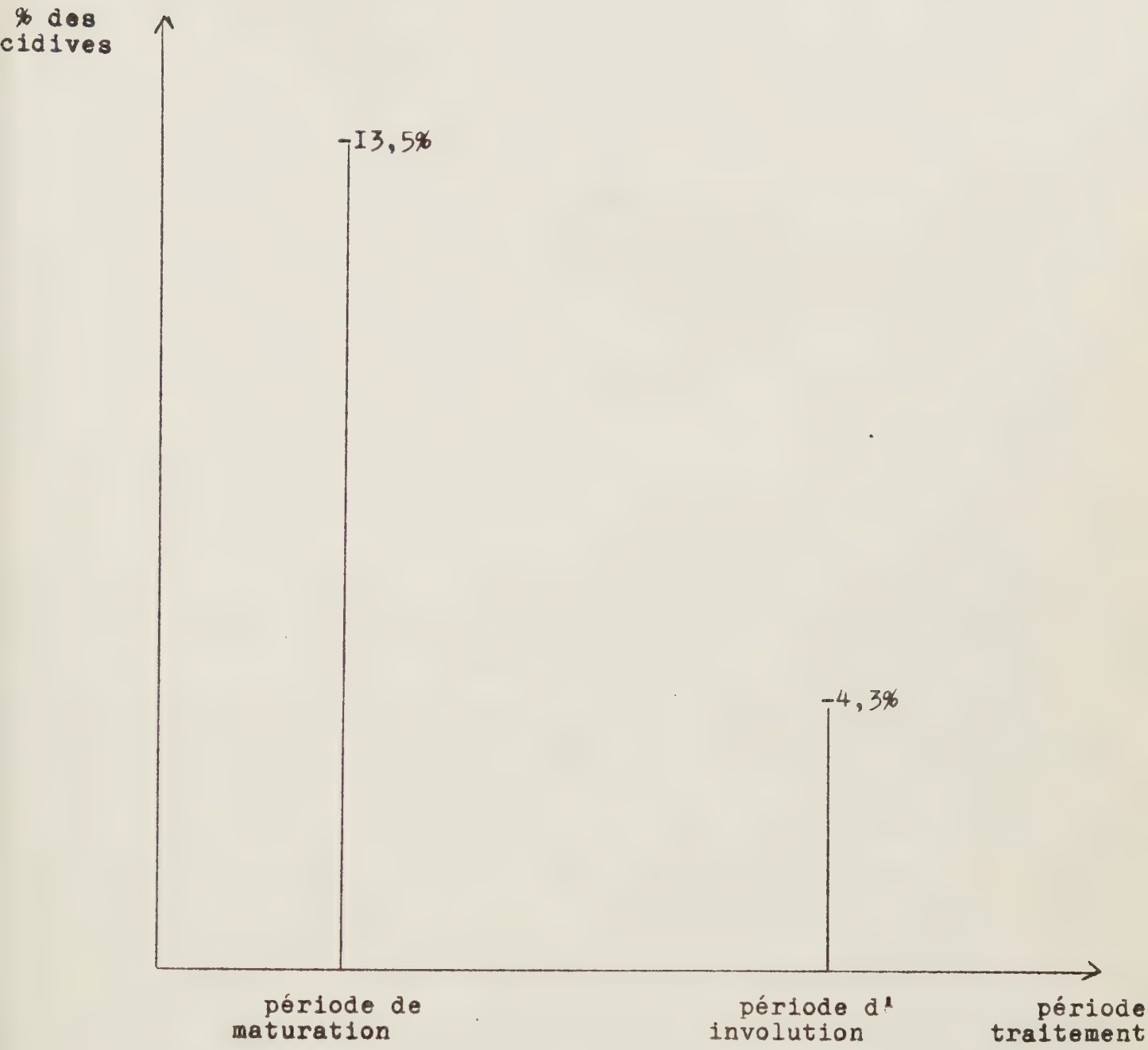


Nombre de cas traités par tranche de temps.

En hachuré, nombre de récidives.



Pourcentage des récidives par rapport à la date du traitement.



Pourcentage des récidives en fonction du stade évolutif.

explication. Ce basant sur le fait que la durée du développement n'est pas identique pour tous les kérato-acanthomes, il a imaginé que les lésions récidivées avaient eu une phase proliférative plus longue. Mais cette hypothèse n'a pu être vérifiée sur des données histologiques.

Que deviennent les lésions qui ont involué spontanément? Parmi nos malades, un seul n'avait pas été traité. Il a vu apparaitre une nouvelle lésion au même endroit dix ans plus tard.

Cela représente une fréquence de récidives de 4,5% pour les lésions non traitées. On remarquera que ce pourcentage est à peu près identique à celui des lésions traitées après la phase de maturation.

C'est à la limite une récidive. Stevanovic, comme nous allons le voir, parle plutot de reprise évolutive.

Dans le cadre des kérato-acanthomes non traités, Beare (I955) rapporte le cas

d'un malade qui a récidivé un mois après la disparition spontanée d'un kérato-acanthome dont l'évolution s'était prolongée pendant 29 semaines.

Pour Stevanovic, dans les Annales de Dermatologie de 1969, il existe deux types de récidives.

I- Récidive dans un délai de six mois.

Dans ce cas, le kérato-acanthome n'a fait que se "reformer" (selon l'expression de R. DEGOS). Les cellules laissées en place après une intervention inadéquate ou trop précoce, alors qu'elles sont dans leur phase proliférative continuent leur évolution naturelle, comme si il n'y avait eu aucun changement.

2- Récidive après un certains temps de guérison apparente.

Stévanovic parle alors de reprise évolutive. Il propose deux hypothèses.

a) On doit considérer ce nouveau kérato-acanthome comme une nouvelle tumeur formée de cellules nouvelles; les élements du précédant kérao-acanthome ayant disparu avec l'involution de celui-ci.

La cicatrice aussi bien que les autres facteurs qui ont pu intervenir dans le développement du premier kérato-acanthome peuvent jouer le role d'un état "pré-kéra-to-acanthomique" dans l'apparition de la deuxième lésion.

Une telle interprétation semble plausible quand trois kérato-acanthomes ou même plus se succèdent au même endroit.

Cette première hypothèse est surtout à retenir quand le deuxième kérato-acanthome apparait après un temps de latence relativement long.

b) Il s'agirait de quelques cellules restées biologiquement latentes ou possédant une mémoire "kérato-acanthomique". C'est à partir de ces cellules, qu'après un certain laps de temps, un nouveau kérato-acanthome va se former.

CONCLUSIONS

A l'occasion d'une étude sur les récidives in situ des kérato-acanthomes, nous avons repris 96 dossiers de malades suivis dans le Service du Professeur DEGOS à la Clinique Dermatologique de l'Hopital Saint-Louis et nous avons comparé les résultats avec ceux de différents auteurs.

Nous n'avons pas trouvé de différence significative en ce qui concerne les données générales du kérato-acanthome: age, sexe, localisation, aspect clinique et histologique.

Quant aux récidives:

1- Nous avons noté un peu plus de 7% de récidives, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne. Remarquons cependant que quatre malades sur six n'ont consulté dans le service qu'à l'occasion de leur première ou de leur deuxième récidive.

2- Ces sept récidives sont survenues

chez six patients de IO jours à IO ans après l'involution de la tumeur initiale.

3- Les caractères cliniques étaient identiques à ceux de la lésion primaire.

4- L'histologie montrait également des lésions semblables.

5- Elles ont présenté la même tendance à la guérison spontanée; cinq cas sur sept n'ont pas été traités et le kérato-acanthome a involué en quelques semaines.

6- Dans notre série, les kérato-acanthomes de la tempe et des lèvres semblent proportionnellement récidiver plus facilement. La plus grande fréquence au niveau des lèvres avaient également été remarquée par Rook en I967 dans une étude de 404 cas réalisée à la Clinique Dermatologique de l'Hopital Addenbrooke de Cambridge.

7- Il est important de bien choisir le type de traitement: 56% des lésions récurrentes avaient été traitées par une

simple électrocoagulation en ville.

8- Enfin, impression clinique de plusieurs auteurs, il semble qu'effectivement la tumeur récidive plus facilement si le traitement a eu lieu pendant la phase de maturation.

Un traitement après deux mois d'évolution, lors de la phase involutive, serait donc préférable pour éviter le risque de récidive.

Encore faut-il ne pas avoir de doutes diagnostiques et expliquer ce délai au malade.

BIBLIOGRAPHIE DES RECIDIVES

BEARE J.M

Recurrent molluscum contagiosum

Lancet I965, I: I82-3

DEGOS R., DELZANT O.

Kérato-acanthomes des lèvres

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I963, 70: 823-4

DEGOS R., COTTENOT F., CIVATTE J.

Kéeato-acanthome reformé après abrasion.

Etapes successives suivies pendant 4 mois.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I958, 65: I22-3

DUPERRAT B. et coll.

Kérato-acanthome gigantesque infiltrant,

récidivant du dos de la main.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I97I, 78: 219

DUPERRAT B. et GOETSCHEL G.

Forme récidivante de kérato-acanthome avec

chondrite du tragus.

Bull.Soc.Franç.Derm,Syph. I966, 73: 242-3

LAPIERE S.

Récidive sous forme géante mais bénigne de

3 kérato-acanthomes insuffisamment traités

par clivage

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I960, 67: 303-8

POIARES BAPTISTA A.

Querato acantoma

Contibuçao para o sen estudo anatomo clinico

Tesis Coimbra 1964

ROOK A., KERDEL-VEGAS F., and YOUNG J.

Las recidivas en el querato acantoma.

Med Cutanea, 1967, II: 17-26

SILBERBERG J., KOPF A.W., BAER R.L.

Recurrent kerato-acanthoma of the lips.

Arch. of Derm., 1962, 86: 44-53

STEVANOVIC D.

Récidives du kérato-acanthome: reformation, exacerbation, recroissance, kératoacanthomatose duplex

Ann.Derm.Syph. 1969, 96: 415-20

BIBLIOGRAPHIE GENERALE.

(à l'exclusion des références concernant les récidives)

BARAN. L.R. et FRIEDMANN E.

Kérato-acanthomes successifs et symétriques des lèvres: difficultés histologiques.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I962, 69 N°5 959-6I

BARRY R.

Kerato-acanthoma in ocular pathology

Brit.J. Opht. I962, 46: 528-35

BASSET A., GROSSHANS E., et MALEVILLE J.

Notre expérience de la chimiothérapie locale des précancéroses cutanées, des épithéliomas cutanés et des kérato-acanthomes.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I970, 77: II6

BEARE J.M.

Molluscum sebaceum

Brit. J. Surg. I953, 4I: I67

BELISARIO J.C.

Kerato acanthoma and its incidence as effected by sunlight in the tropical and subtropical areas of Australia.

Derm.Int. I965; 4: 53-9

BINAZZI M. et FINZI A.F.

Le kérato-acanthome disséminé: à propos d' une observtion chez le nourrisson.

Minerva Derm. I960, 35 N°I: I-II

BROWN F.C. and TAN E.M.

Immunological reaction in kerato-acanthoma

Cancer Res.,1973, 33: 2030-3

BUREAU Y., JARRY, BARRIERE et CHARPENTIER.

Conduite à tenir face à certains kérato-acanthomes

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. 1960, 67: 301-2

BURGE K.M., WINKELMANN R.K.

Kerato-acanthoma associted with basal and squamous cell carcinoma

Arch.Derm. 1969, 100: 306

CARTEAUD A. et POIARES BAPTISTA A.

Difficultés diagnostiques du kérato-acanthome

Conduite thérapeutique à tenir.

Presse Médicale 1962, 70: 2747

CARTEAUD A. et POIARES BAPTISTA A.

Kérato-acanthome chez une enfant de 4 ans.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. 1962, 69 N°2: 254-5

CIVATTE J.

Histopathologie cutanée

Flammarion Ed. Paris 1967

COHEN N., PLASCHKE Y., PEVZNER S., and LOEWENTHAL M.

Review of 57 cases of kerato-acanthoma

Plast.Recont.Surg. 1972, 49: 138-42

COLOMB D., DESCOS L., et GAUTHIER D.

Kérato-acanthomes multiples et maladie du brai

Rev.Lyon Méd. 1966, 15: 449-62

DE DULANTO F., SANCHEZ MUROS J., MORALES HENARES J.

Querato-acanthoma

Actas Derm., I968, 59: 25-60

DEGOS R.

Dermatologie

C.M.C. Flammarion

DEGOS R., CIVATTE J., BLANCHET P.

Kérato-acanthome plurikystique pseudo sébacé du nez.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I972, 3: 204-5

DEGOS R., BERNARD J., DELORT J., TOURAINE R. BONVALET D.

Kérato-acanthomes centrifuges disséminés.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph; I967, 74: 4I7-9

DUPONT A.

Kyste sébacé atypique

Arch.Belges Derm. I930: I77

DUPONT A.

A propos du kérato-acanthome

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I960, 67: 296-300

DUPONT A.

A propos du kérato-acanthome

Bull.Soc.Franç/Derm.Syph. I970, 77: 4I4-5

EINAUGLER R.B., HENKIND P., OLIVEIRA L.F., BART R.S.

Kérato-acanthoma with basal cell carcinoma

Amer.J.Ophtalm. I968, 65: 922-5

ELLIOTT G.B. and FISCHER B.K.

Perianal kerato-acanthoma

Arch.Derm. I967, 95: 8I-2

EMERSON C.W., HILLMAN J.W., Mac WAIN B., and WOOD F.
Kerato-acanthoma with squamous cell carcinoma
J.Bone.Joint Surg. I97I, 53: I43-6

FERGUSON-SMITH J.
A case of multiple primary squamous celled carcinomata with spontaneous healing.
Brit.J.Derm..I934, 46: 267

FISCHER E.R., Mac COY M.M., WECHSLER H.L.
Analysis of histopathologic and electron microscopic determinants of kerato-acanthoma and squamous cell carcinoma
Cancer, I972, 29: I387

FLEGEL H.
Molluscum pseudo carcinomatosum und karcinom
Derm.Wchscht. I957, I35: I53-6

GARRET W.S., WARE J.L. et THORNE F.L.
Kerato-acanthoma
Arch.Surg. I967, 94:853-7

GAY PIETRO J., RODRIGUEZ PEREZ P., RUBIO HUERTOS M.
JAQUETI DEL POZO G.
On virus etiology of kerato-acanthoma
Acta Derm.Vener. I964, 44: I50-5

GHADIALLY F.N., BARTON B,W., KERRIDGE D.F.
The etiology of kerato-acanthoma
Cancer I963, I6: 603-II

GHADIALLY F. N.
Kerato-acanthoma
Dermatology in General Medecin
Mac Graw Hill, I97I : 425

GILMAN M.A., CURTIN J.W.

Kerato-acanthoma or squamous cells carcinoma? A surgery dilemna

Plastic and Reconst.Surg. I966, 38: 56

GOMEZ ORBANEJA J., IGLESIAS L., SANCHEZ YUS E. and LEDO POZUETA A.

Kerato-acanthome: évaluation de ses aspects cliniques, histologiques, évolutifs et immunologiques.

Actas Derm. I965, 56: 207

GRUNDER B. et al.

Kerato-acanthome et carcinoma

Derm.Monat. I973, I59: I22-33

GRUPPER C.

Traitement des kérato-acanthomes par applications locales de pommade au 5 Fu.

Dermatologica, I970, I40, suppl. I: I27-I32

HADIDA E. et SAYAG J.

Kérato-acanthome et épithélioma baso cellulaire

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I964, 7I: 404-5

HARDMAN F. G.

Kérato-acanthoma on the lips.

Brit.J.Oral Surg. I97I, 9: 46-53

HARMEL L., KALIS B., MALLET P.

Kérato-acanthome géant: essai de corticothérapie locale.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I967, 74: 48-9

HAUSAMEN J.E. et al.

Diagnostic and therapeutic problems in oral K.A.

Zwr. I973, 8I: 70-"

HURIEZ Cl., DESMONDS F., BENOIT M.

Les faux cancers cutanés.A propos de 42 cas de kérato-acanthomes.

Rev.Prat. I957, N°9: 969-84

HUTCHINSON J.

The "crateriform ulcer of the face", a form of acute epithelial cancer.

Trans.Path.Soc.London, I889, 40: 275-8I

IVERSON R.E., and VISTNES L.M.

Kerato-acanthoma is frequently a dangerous diagnosis.

Am.J.Surg. I973, I26: 359-65

JACKSON I.T.

Diagnostic problem of kérato-acanthoma.

Lancet, I969, I: 490-2

JAKUNOWICZ K., BICZYSKO W., and DABROWSKI J.

Studies of the ultrastructure of kerato-acanthoma in man.

Acta Derm.Venero. I970, 50: 89-94

KLEIN E. et al.

Kerato-acanthoma

Local effect of 5 Fu

Skin, I962, I: I53-6

KOHN M.W. and al.

Kerato-acanthoma of the lower lip.

J.Oral Surg. I972, 30: 522-6

LALLA M. And THOMAS B.A.

Periorbital kerato-acanthoma

Brit.J.Ophtal. I968, 52: 876-8I

LAPIERE S.

Quelques précisions et communications concernant l'histologie, le pronostic et le diagnostic du kérato-acanthome.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I959, 66: 62

LAPIERE S.

Kérato-acanthome à évolution clinique et histologique d'allure maligne, se terminant par une guérison spontanée.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I96I, 68: 783

LAPIERE S.

L'énigmatique kérato-acanthome.

Arch.Belg.Derm.Syph. I963, I9: 55-6

LAPIERE S.

Kérato-acanthome

Arch.Belg.Derm.Syph. I962, 3: 8II-22

LAPIERE S.

Kérato-acanthome atypique.

Arch.Belg.Derm.Syph. I965, 2I: 267-92

LAPIERE S.

I5 ans d'expérience du kérato-acanthome.

S.Bull.Acad.Roy.Méd.Belg. I965, 5: 6I5-59

Mac CORMAC H. et SCARFF R.W.

Molluscum sebaceum.

Brit.J.Derm. I936, 48:624

MAGGIORA A.

Beitrag zum kerato-acantom problem.

Dermatologica, I968, I37: 263-69

MANY P., LAPEYRE J., TEILLARD J., BOUTET P.

Aspect clinique du kérato-acanthome.

Evolution depuis vingt mois.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I965, 72: 806

MANY P., LAPEYRE J., TEILLARD J., BOUTET P.

Kérato-acanthome et épithélioma baso cellulaire.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I967, 74: 43I-2

MARSHALL V.

Premalignant and malignant skin tumors in immunosuppressed patients

Transplantation, I974, I7: 272-5

MARILL F.G., HAMRA KROUHA M.S.

Kérato-acanthome au cours du xeroderma pigmentosum.

Bull.Soc,Franç.Derm.Syph. I972, 4: 393-6

MASCARO J.M.

Kérato-acanthome.

E.M.C. Dermatologie I2730 A IO, I967, 5: 8

MIDDLETON A.G., CURTIN J.W.

Kerat-acanthoma or squamous cell carcinoma? A surgeon's dilemna.

Plast.Reconst.Surg. I966, 38: 56-62

MORALES HENARES

Querato-acantoma

Tesis doctoral, I965

MULLER H.K. et al.

Epidermal antigens in experimental kerato-acanthoma and squamous cell carcinoma.

Cancer Res. I973, 33: 2I8I-6

NAIRN R.C. et al;

Specific immune response in human skin carcinoma.

Brit.Med.J. I97I, 4: 70I-5

NICOLAU S.G. et al.

On the nature of kerato-acanthoma and its position among epithelio cutaneous tumors

Oncologia, I964, I7: I20-34

NICOLAU S.G., BADANIOU A., BALUS L.

Unter suchungen uber specifische antitumorale Reaktionen bei an Kerato-akanthom leidenden Krauken mit unigen Betrachtungen bezuglich des Eingreifens von Immunetalsprozessen bein der Spontanen Heiluns dieser Geschwulst.

Arch.Klin.Exp.Derm. I963, 2I7: 308-20

NIKOLOWSI W.

Kerato-acanthoma

Derm.Monat. I970, I56: I48-53

NODL F.

Kerato-acanthoma and basal cell tumors.

Hautarzt 1973, 24: 258-9

PERDRIEL G., LOUBIERE R., PFISTER A.

Un cas de kérato-acanthome.

Bull.Soc.Franç.Opht., 1965, 65: 191-3

PESZYNSKI J., CZUCZWAR S., ZURAWSKA-POLESZAK S.

Analysis of errors in the diagnosis of kerato-acanthoma.

Przegl.Derm. 1971, 58: 743-8

PETERKIN A., MACMILLAN B., Mac LEAN S.

Pseudo carcinoma of skin: follow up of cases of kerato-acanthoma.

Scot.Med.J. 1962, 7: 27-35

PIETTE F.

Kérato-acanthome: étude clinique de 170 cas, apport immunologique.

Thèse Lille 1974

POPKIN G.L., BRODIE S., HYMAN A.B., ANDRADE R.

KOPF A.W.

A technique of biopsy recommanded for kerato-acanthoma.

Arch.Derm. 1966, 94: 191-3

PRITKIN L.

Antitumor activity of vit.A.acide and fluorouracil used in combination on the skin tumors and kerato-acanthomes

Cancer Res. 1973, 33: 128-33

RAJKA G.

Multiple kerato-acanthoma

Acta Derm.Venero. I97I, 5I: 232-3

REED R.J.

Actinic kerato-acanthoma

Arch.Derm. I972, I06: 858-64

RENARD G., DUPERRAT B., DHERMY P., MASCARD J.M.

Le kérato-acanthome des paupières.

Arch.Opht. I963, 23: 5-I3

ROOK A., WHIMSTER I.

Le kérato-acanthome

Arch.Belg.Derm. I950, 6: I37

SAGEBIEL R.W.

Non specific inclusions in epidermal cells

of kerato-acanthoma.

J.Invest.Derm. I966, 46: 293-9

SARAUX H., DHERMY P., BUOVOLO J.

De l'inconvénient des cures incomplètes

du kérato-acanthome.

Bull.Soc.Opht.Franç. I966, 66: I84-8

SINA B.

Le kérato-acanthome.

Etude clinique, critique et histologique

Thèse Paris I955

STEVANOVIC D.

Kerato-acanthoma dyskeratoticum.

Arch.Derm. I965, 92: 666-69

TAKAKI Y., MASUTANI M., KAWADA A.

Electron microscopy study of kerato-acanthoma.

Acta Derm.Venero. (Stockholm) I97I, 5I:2I-6

TARNOWSKI W.M.

Multiple kerato-acanthoma

Arch.Derm. I966, 94: 74-80

TEMINE P., LEBEUF M., ODDOZE L., VIVIERS A.

Kérato-acanthome géant.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I967, 74: 568-9

THIVOLET J., LEUNG T.K., MOULIN G., SEPETDJAN M. LIEUX J.M.

Kérato-acanthome géant.Aspects d'inclusions intranucléaires en microscopie électronique.

Ann.Derm.Syph. I966, 93: I37-46

THIVOLET J., BONDET P., PERROT H., CLAUDY A.

Kérato-acanthomes multiples et déficit de l'immunité cellulaire.

Bull.Soc.Franç.Derm.Syph. I97I, 78:263-65

TOURAINE A., DUPERRAT B.

Guérison spontanée de certains cancers cutanés.

Ann.Derm.Syph. I936, 7: 545

VAN DEN BUSCHE F., MERESSE B., LAGACHE G.

Kérato-acanthome: pièges diagnostiques en pathologie tumorale cutanée; attitude thérapeutique rationnelle.

Ann.Chir.Plast. I972, I7: 289-92

VILANOVA X., RUEDA L.A., ROMAGUERA C., CAPDEVILLA J.M.

Le kérato-acanthome et les statistiques des cancers cutanés.

Actas Derm.Sifilo. 1963, 273

VOSSENAAR et coll.

Le cancer du brai.

Echo Méd. du Nord, 1937, 10: 1

ZELICKSON A.D., LYNCH F.W:

Electron microscopy of virus like particles in a kerato-acanthoma.

J.Invest.Derm. 1961, 37: 79-83

ZIELINSKI T.

Reconstructive surgery in the treatment of skin neoplasms and kerato-acanthoma

Przegl.Derm. 1973, 60: 548-9

SERMENT

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de le Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et si je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

SOMMAIRE

Introduction p.I

Tableaux des observations p.4

Le Kérato-acanthome:

- âge p.II
- sexe p.I2
- localisation p.I3
- étiologie p.I5
- clinique p.I6
- histologie p.I8
- diagnostic différentiel p.20
- traitement p.26

Les Récidives p.28

- observations p.30
- fréquence p.40
- délais d'apparition p.4I
- aspects cliniques p.44
- sièges p.46
- influence du Ier traitement p.49
- influence de sa date p.5I

Conclusion p.59

Bibliographie des récidives p.62

Bibliographie générale p.64